



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**"Prevalencia y factores asociados a recién nacidos
macrosómicos en el Hospital Nacional Docente Madre-
Niño San Bartolomé, 2011"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

AUTOR

Fany QUISPE RAMPAS

ASESOR

Juana Elena DURAND BARRETO

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Quispe F. Prevalencia y factores asociados a recién nacidos macrosómicos en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, 2011 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

Agradezco a mis profesores, compañeros de aula y a mi familia por su apoyo incondicional.

INDICE

| | Pág.(s) |
|---|----------------|
| INDICE DE GRÁFICO | vi |
| INDICE DE TABLAS | vii |
| RESUMEN | viii |
| PRESENTACIÓN | x |
| | |
| CAPITULO I: INTRODUCCION | |
| A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema | 1 |
| B. Formulación del Problema de Investigación | 3 |
| C. Justificación e Importancia | 3 |
| D. Objetivos (general y específicos) | 4 |
| E. Propósito | 4 |
| F. Marco teórico | 5 |
| F1. Antecedentes del estudio | 5 |
| F2. Base Teórica | 5 |
| G. Hipótesis | 22 |
| H. Definición Operacional de Términos | 22 |
| | |
| CAPITULO II: MATERIAL Y METODO | |
| A. Tipo, Nivel y Método | 23 |
| B. Área de Estudio | 23 |
| C. Población y Muestra | 24 |
| D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 24 |
| E. Procedimiento de Recolección de Datos | 25 |
| F. Procedimiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de Datos | 25 |
| G. Consideraciones Éticas. | 25 |

| | |
|--|----|
| CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 26 |
| CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES | |
| A) Conclusiones | 32 |
| B) Recomendaciones | 33 |
| C) Limitaciones | 33 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 34 |
| BIBLIOGRAFIA | 36 |
| ANEXOS | |

INDICE DE GRÁFICOS

| GRÁFICO N° | Pág. |
|---|------|
| 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL AUTOCUIDADO EN EL POST CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA – INCOR. ENERO – FEBRERO LIMA – PERU. 2008 | 28 |
| 2. CONOCIMIENTOS ANTES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN POST CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA – INCOR. ENERO – FEBRERO. LIMA – PERU. 2008. | 29 |
| 3. CONOCIMIENTO DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN POST CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA – INCOR. ENERO – FEBRERO. LIMA – PERU. 2008 | 30 |

INDICE DE TABLAS

| TABLA N° | Pág. |
|---|-------------|
| 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL AUTOCUIDADO EN EL POST CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA – INCOR. ENERO – FEBRERO LIMA – PERU. 2008 | XVIII |
| 2. CONOCIMIENTOS ANTES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN POST CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA – INCOR. ENERO – FEBRERO. LIMA – PERU. 2008 | XIX |
| 3. CONOCIMIENTO DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN POST CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA – INCOR. ENERO – FEBRERO. LIMA – PERU. 2008 | XX |
| 4. GRUPO ETAREO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA – INCOR. ENERO – FEBRERO. LIMA – PERU. 2008 | XXI |
| 5. DISTRIBUCION SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CATETERISMO CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA – INCOR. ENERO – FEBRERO. LIMA – PERU. 2008 | XXII |

RESUMEN
**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL AUTOCUIDADO
EN EL POST CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE
CARDIOLOGIA – INCOR”.**

Lic. Fany M. Quispe Rampas

Asesor: Lic. Juana E. Durand

INTRODUCCION : Considerando la importancia del rol de la enfermera en el campo de la prevención de la salud , en este caso sobre cateterismo cardiaco para diagnostico y la prevención de las complicaciones posteriores al procedimiento , para ello se propone realizar el presente estudio de investigación que permita al paciente recibir información de una manera efectiva en el auto cuidado y llevarlo a una pronta recuperación para incorporarse a la vida cotidiana.

OBJETIVOS: Determinar la utilidad de la intervención educativa sobre el autocuidado del paciente en el post cateterismo cardiaco, objetivos específicos: Identificar el conocimiento del paciente para su autocuidado sobre el post cateterismo cardiaco, antes de la intervención educativa; brindar orientación de enfermería al paciente para su auto cuidado haciendo uso de una cartilla educativa; evaluar los conocimientos del paciente en relación al autocuidado en el post cateterismo cardiaco.

METODOLOGÍA: El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimental. La población estuvo conformada por los pacientes en el post cateterismo cardiaco, la técnica que se usó fue el cuestionario, la encuesta.

RESULTADOS: El 100% de los pacientes encuestados dieron un resultado de alto conocimiento después de la intervención educativa antes de la intervención educativa el paciente tiene un conocimiento medio 14 (46.7%) y 9 (30.0%) de nivel bajo.

CONCLUSION: El nivel de conocimiento de los pacientes en el post cateterismo cardiaco demuestra ser alto en la medida que se brinde información oportuna y satisfactoria en cuanto a sus dudas, temores y sobre todo desconocimiento y de esta manera su estancia hospitalaria también será disminuida.

Palabras claves: Autocuidado, Intervención educativa, Conocimiento.

ABSTRACT
"LEVEL OF KNOWLEDGE OF SELF-CARE FOR PATIENTS IN THE
POST CARDIAC CATHETERIZATION CARDIOLOGY
DEPARTMENT - INCOR.

Ms. Fany M. Quispe Ramps
Advisor: Ms. Juana E. Durand

INTRODUCTION: Considering the important role of the nurse in the field of preventive health, in this case on cardiac catheterization for diagnosis and prevention of complications after the procedure, it is proposed to carry out this investigation to study patients to receive information effectively in self-care and bring to a speedy recovery to become part of everyday life.

OBJECTIVES: To determine the usefulness of educational intervention on patient self-management in the post cardiac catheterization, specific objectives: To identify patient knowledge for self-care on post cardiac catheterization, before the educational intervention, provide guidance to nursing the patient self-care by making use of an educational booklet, evaluate patient's knowledge regarding the self in post cardiac catheterization.

METHODS: The study is the application level, quantitative, quasi-experimental method. The population consisted of patients in the post cardiac catheterization, the technique used was the questionnaire survey.

RESULTS: The 100% of patients surveyed gave a result of high knowledge after the educational intervention before the educational intervention the patient has an intermediate knowledge 14 (46.7%) and 9 (30.0%) of low level.

CONCLUSION: The level of patient knowledge on post cardiac catheterization proves to be high to the extent that it provides timely and satisfactory information as to his doubts, fears, and above all ignorance and thus their hospital stay will also be reduced.

Keywords: Self-care, educational interventions, knowledge.

PRESENTACIÓN

La alta incidencia de enfermedades cardiovasculares en muchos países a conllevado a la primera causa de muerte en Estados Unidos, su impacto demográfico, sanitario y social está aumentando(1); en el Perú las enfermedades cardiovasculares está ubicada dentro de las cuatro primeras causas de mortalidad, dado que la incidencia de estas enfermedades va en aumento, se observa el incremento de asistencias a los centros hospitalarios donde se ha visto que ha incrementado también los procedimientos de diagnóstico y tratamiento entre ellas tenemos el cateterismo cardiaco que es un procedimiento invasivo utilizado para el diagnóstico(2).

Los pacientes que serán sometidos al cateterismo llegan al servicio llenos de dudas, temores y desconocimiento en relación al procedimiento y las actitudes a tomar antes y después del procedimiento para la contribución en su pronta recuperación.

En este sentido, consideramos que el contacto con la enfermera se constituye en un momento decisivo para la comprensión y aceptación del problema y el procedimiento permitiendo al paciente colaborar antes, durante y después del procedimiento.

La educación impartida por parte de la enfermera debidamente planificada y estructurada; al mismo que tiene como propósito, promover habilidades, modificar comportamiento y fomentar conductas adecuadas que garanticen no solo la recuperación física sino que proporcionen conductas psicológicas adecuadas para su autocuidado; es un factor clave para obtener la participación activa y responsable del paciente y familia.

Es por ello que se realiza el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar la utilidad de la intervención educativa de la enfermera en el autocuidado del paciente en el post cateterismo con apoyo de una cartilla.

Consta de Capítulo I el problema, Capítulo II material y método, Capítulo III aspectos administrativos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

Cada año se registran en el mundo unos 50 millones de muertes, y casi el 80%(39millones) ocurre en los países en desarrollo. Se estima que cerca del 25% de todas las defunciones en los países en desarrollo y casi el 50% de la misma en los países desarrollados son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares. (3)

En Estados Unidos la enfermedad cardiovascular encabeza la lista de muerte e invalidez. El 50% de los americanos tienen la probabilidad de morir por enfermedad cardiovascular principalmente por aterosclerosis.

Las enfermedades isquémicas del corazón, son la cuarta causa de mortalidad en el Perú, con una tasa de 24.4 por cien mil hab. A nivel de regiones naturales, la Costa es la que presenta las mayores tasas; siendo 1.4 y 1.8 veces mayor que en la Sierra y Selva respectivamente.

Dentro del grupo de las Enfermedades del Aparato Circulatorio, a nivel nacional, las tres causas principales que presentan las mayores tasas de mortalidad son: las enfermedades cerebro vasculares (28.7 x cien mil gab.) enfermedades isquémicas del corazón (24.4 x cien mil hab) y paro cardíaco (18.0 x cien mil hab).(3)

El cateterismo cardíaco, consiste en un conjunto de técnicas capaces de ofrecer datos anatómicos y fisiológicos que permiten un diagnóstico en vivo de los vasos sanguíneos y cámaras del corazón, después de la infusión de un medio de contraste. Este procedimiento es realizado en un ambiente quirúrgico, con anestesia local en la región inguinal. El estudio puede ser hecho por vía venosa o arterial, dependiendo de la necesidad diagnóstica y de la sintomatología clínica de la persona.

Aunque la técnica utilizada para la realización del cateterismo cardíaco, esté perfeccionándose constantemente y sea un procedimiento relativamente rápido y de rutina, no se descarta la posibilidad de presentar complicaciones. Entre las más frecuentes: arritmias, dolor anginoso, reacciones alérgicas, infartos, hemorragia en el sitio de punción y hasta la muerte.

De esta manera la indicación del cateterismo cardíaco, representa una experiencia desagradable y preocupante para quien la está viviendo y evidenciamos, que la inseguridad de lo que puede suceder en el procedimiento, unido al desconocimiento del mismo y a lo extraño del lugar, son factores que desencadenan temores, miedos, angustias y mayor inseguridad en los cuidados pos cateterismo cardiaco del pacientes.(4)

Considerando la importancia del rol de la enfermera en el campo de la prevención de la salud, en este caso sobre cateterismo cardiaco para diagnostico y la prevención de las complicaciones posteriores al

procedimiento, para ello se propone realizar el presente estudio de investigación que permita al paciente recibir información de una manera efectiva para su auto cuidado y una pronta recuperación para incorporarse a la vida cotidiana.

El personal de enfermería organiza las pruebas diagnósticas necesarias, el tratamiento y las sesiones de asesoramiento al paciente. Las actividades asistenciales de otros profesionales se integra en la planificación de la asistencia de enfermería, que orchestra dichas actividades con la cooperación y participación del paciente y de su familia para poder así prestar la asistencia médica y de enfermería.(5)

B. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el nivel de conocimiento del paciente para el autocuidado en el post cateterismo cardiaco en el Servicio de Cardiología – INCOR. 2008?

C. JUSTIFICACIÓN

Debido a que el procedimiento realizado es invasivo el paciente puede presentar futuras complicaciones, por lo que debe ser informado, educado, concientizado para su auto cuidado,

Un componente importante del trabajo del personal de enfermería consisten en instruir al paciente y a su familia en aspectos de auto cuidado; estos aspectos van desde las actividades de mantenimiento de salud a la asistencia en situaciones agudas y crónicas: muchos pacientes están siendo dados de alta en un estado de recuperación más precoz que en épocas anteriores. Como consecuencia de esta tendencia a reducir la estancia hospitalaria y el personal de enfermería que trabaja en estas condiciones debe tomar la educación como

una tarea principal. Por lo general la instrucción no debe dirigirse sólo al paciente, sino también a otros miembros de su familia.

La educación que brinda la enfermera antes del procedimiento es tan importante ya que de esta manera podrá aclarar las ideas erróneas que pudieran tener los pacientes, disminuir la ansiedad y que la preparación para el procedimiento sea adecuada y de igual forma después de esta

La educación también puede ayudar al paciente a asumir una cierta responsabilidad en el tratamiento de su enfermedad, una vez sea dado de alta.

D. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento del paciente para el autocuidado en el post cateterismo cardiaco en el Servicio de Cardiología – INCOR. 2008.

Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento del paciente para su autocuidado sobre el post cateterismo cardiaco, antes de la intervención educativa
- Brindar orientación de enfermería al paciente para su auto cuidado haciendo uso de una cartilla educativa
- Evaluar los conocimientos del paciente en relación al autocuidado en el post cateterismo cardiaco.

E. PROPÓSITO

Motivar al personal de enfermería que trabaja en dicho servicio utilizando la información obtenida en esta investigación y mejorar las carencias encontradas en beneficio del paciente en el post cateterismo cardiaco y de tal manera satisfacer las necesidades inmediatas y futuras del paciente.

Cambios para mejorar la calidad de servicios y mejorar el estatus y reconocimiento profesional.

F. MARCO TEORICO

F1. ANTECEDENTES

No se ha encontrado antecedentes.

F2. BASES TEORICAS

AUTOCUIDADO

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

Principios del autocuidado

Estos requisitos se derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que, según se sabe o se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas. Por cada requisito del autocuidado formulado se fija: 1) El factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compartibles de la vida, la salud y el bienestar personal, 2) la naturaleza de la acción necesaria. Los requisitos del autocuidado formulados abiertamente constituyen el fin del mismo y expresan los resultados deseados o pretendidos, es decir, las metas que persigue aquel.

Principios del autocuidado universales

Los objetivos necesarios a escala universal que se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente tiene su origen en lo que se conoce de forma contrastada o lo que está en vías de comprobación cerca de la estructura humana y la integridad funcional en las diversas etapas del ciclo vital. Esta teoría se proponen seis requisitos que comparten los hombres, las mujeres y los niños.

1. El mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente.
2. La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos.
3. La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo.
4. El mantenimiento del equilibrio entre soledad e intervención social
5. La prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal
6. La promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones desconocidas y el deseo de ser normal. El término *normalidad* se utiliza aquí para referirse a lo que es humano en esencia y se corresponde y las características genéticas y constitutivas del individuo.

Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo

Estos requisitos se desgajan de los universales en la segunda edición de *Nursing: Concepts of Practice*, y se definen como aquellos que tienen por objetos promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o a aliviar sus efectos.

Principios del autocuidado cuando falla la salud

Estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas o que han sufrido algún accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico en

concreto, en lo que se incluyen defectos y discapacidad, y para los que existe un diagnóstico y se ha iniciado un tratamiento médico. Las características de la falta de salud como un estado que abarca un cierto período de tiempo determinan el tipo de cuidados necesarios mientras se sufren los efectos del estado patológico y dura la enfermedad.

Las enfermedades o lesiones no sólo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos y psicológicos, sino también al funcionamiento global está seriamente alterado (retraso mental grave, estados de coma, autismo), la capacidad del individuo maduro o joven para actuar se ve seriamente afectada, ya sea de forma permanente o temporal. En estados de salud normales, los requisitos de autocuidado nacen tanto de la circunstancia de estar enfermo como de las medidas tomadas en el diagnóstico o el tratamiento. En el modelo de Orem se enumeran seis categorías de requisitos de autocuidado cuando falla la salud.

Las medidas sanitarias que se adopten para resolver las necesidades de autocuidado cuando falla la salud deben ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes del individuo. La complejidad de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes es aún mayor por el alto número de tipos de necesidades generadas por la falta de salud que deben satisfacerse dentro de un intervalo de tiempo determinado.(6)

ACTUACIONES DE ENFERMERIA

La comunicación afecta al menos a dos personas que actúan en asociación para lograr un equilibrio de poder adaptándose una a otra, tomando y renunciando al control de forma alternativa. La estrategia para una asociación comunicativa equilibrada supone el análisis del fracaso de comunicación y la adaptación de cada uno para aumentar al máximo la cooperación del otro.

Aunque la comunicación de los ancianos puede ser ineficaz e incluso destructiva y aberrante, no deben negarse las necesidades de las enfermeras y otros cuidadores en la relación. La enfermera, el cuidador, o ambos, necesitan percibir cooperación, aprecio, aprobación, seguridad contra el daño personal, y oportunidades para mejorar el estado de aquellos a quienes cuidan. Una comunicación ineficaz conduce a conflicto y estrés para el paciente, la enfermera y el cuidador. Puede llegarse a minimizar el conflicto mediante estrategias facilitadoras de la comunidad. Debe prestarse gran atención en el plan de enfermería al logro de una comunicación eficaz y productiva.

La consulta con un especialista en patología de la palabra-lenguaje proporciona a la enfermera gerontológica un recurso valioso en el análisis de las acciones comunicativas y en el desarrollo de estrategias para equilibrar la relación comunicativa. Un tratamiento individual de la palabra-lenguaje puede resultar útil, pero quizás es incluso más importante la función de entrenamiento que el especialista en patología de la palabra-lenguaje puede proporcionar a la enfermera y otros cuidadores, incluidos los miembros de la familia. Las asociaciones de comunicación deben equilibrarse de forma sensible y suave para evitar conflictos desencadenados por el miedo, la ira, la culpa y los sentimientos de impotencia, como se representa en el plan de cuidados de enfermería para ancianos que padecen problemas de comunicación.(7)

GENERALIDADES SOBRE EL CONOCIMIENTO:

El conocimiento es una mezcla de experiencia, valores, información y “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción. Se origina y aplica en la mente de los conocedores. En las organizaciones con frecuencia no sólo se encuentra dentro de documentos o almacenes de datos, sino que también está en rutinas organizativas, procesos, prácticas, y normas.

Lo que inmediatamente deja claro la definición es que ese conocimiento no es simple. Es una mezcla de varios elementos; es un flujo al mismo tiempo que tiene una estructura formalizada; es intuitivo y difícil de captar en palabras o de entender plenamente de forma lógica. El conocimiento existe dentro de las personas, como parte de la complejidad humana y de nuestra impredecibilidad. Aunque solemos pensar en activos definibles y concretos, los activos de conocimiento son mucho más difíciles de manejar. El conocimiento puede ser visto como un proceso (flujo) o como un stock.

El conocimiento se deriva de la información, así como la información se deriva de los datos. Para que la información se convierta en conocimiento, las personas deben hacer prácticamente todo el trabajo. Esta transformación se produce gracias a: comparación, consecuencias, conexiones, conversación.

El conocimiento puede ser analizado desde diferentes puntos de vista; así que en pedagogía el conocimiento es denominado como tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso ya vivido, también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón. Se clasifica en: Conocimientos sensorial; frente a la percepción de hechos externos. Conocimiento intelectual; que tiene como origen las concepciones aisladas y de hechos causales de ellos. Mario Bunge: define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados; que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto; en base a ello tipifica el conocimiento en: Conocimiento Científico y Ordinario o vulgar.

El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación. BUNGE 1971

Desde el punto de vista filosófico, Salazar Bondy; define el conocimiento: en primer lugar como un acto, y segundo como un contenido; dice del conocimiento como acto, que es la aprehensión de una cosa, una propiedad hecho u objeto, por su sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquél que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros, no son puramente subjetivas pueden independizarse del sujeto gracias al lenguaje, tanto para sí mismos, como para otros sujetos.

Distingue además 2 niveles de conocimientos, **conocimiento vulgar**, es aquel que es adquirido y usado espontáneamente; **conocimiento científico**, aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzo y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, sistemático, explicativo, analítico y objetivos (apoyado en la experiencia) y **el conocimiento científico de nivel superior**, eminentemente problemático y crítico incondicionado y al alcance universal, este conocimiento esclarece el trabajo de la ciencia. BUNGE 1971.

Sobre el conocimiento Kant; afirma que esta determinado por la intuición sensible y los conceptos; distinguiéndose 2 tipos de conocimientos, el puro y el empírico. El primero se desarrolla antes de la experiencia y el segundo después de la experiencia. KANT 1972

El conocimiento es un conjunto de ideas, los mismos que pueden ser ordenados, siendo importante considerar que todos tenemos conocimientos; el cual puede ser vago e inexacto pero que se vuelve racional y verificable a

través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual.(8)

EDUCACION DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS

UN COMPONENTE ESENCIAL de la atención enfermería es la educación del paciente. La investigación ha demostrado que una educación efectiva de los pacientes puede favorecer su observación de los protocolos terapéuticos, reducir los ingresos hospitalarios, disminuir la ansiedad y favorecer y mejorar la salud. La educación también puede ayudar al paciente a asumir una cierta responsabilidad en el tratamiento de su enfermedad, una vez sea dado de alta del hospital. Además, la educación del paciente es una de las responsabilidades recogidas en muchas leyes estatales sobre práctica de enfermería y en las normas de garantía de calidad.

TEORIA DEL APRENDIZAJE

Teoría del aprendizaje de los adultos

El aprendizaje de los adultos difiere del de los niños. Knowles describe su teoría del aprendizaje de los adultos definiendo al **discípulo adulto** como una persona independiente y autodirigida que está preparado para aprender cuando experimenta la necesidad de conocer o de realiza algo. Este discípulo comienza la actividad educativa con orientación establecida hacia un aprendizaje centrado en la vida, en una tarea o en un problema. La motivación del aprendiz adulto par aprender se centra en aumentar su autoestima o autoconfianza o en buscar reconocimiento o una mejor calidad de vida. Para el discípulo adulto, el educador es un facilitador, más que alguien que dirige su actividad de aprendizaje. Los discípulos adultos quieren implicarse en una planificación mutua de sus experiencias. Desean participar en el diagnóstico de sus necesidades de aprendizaje, en la formulación de sus objetivos y en la

evaluación de lo aprendido. Esperan que exista un clima de respeto mutuo, de confianza y de colaboración que apoye su tarea de aprendizaje.

El discípulo adulto tiene un reservorio de experiencia que sirve como fuente de aprendizaje. El personal de enfermería estimula, siempre que es posible, el uso del aprendizaje anterior como base del nuevo. Por ejemplo, al enseñar la técnica de la respiración con labios en bolsa, se puede comparar la forma de hacerlo con el soplo de burbujas.

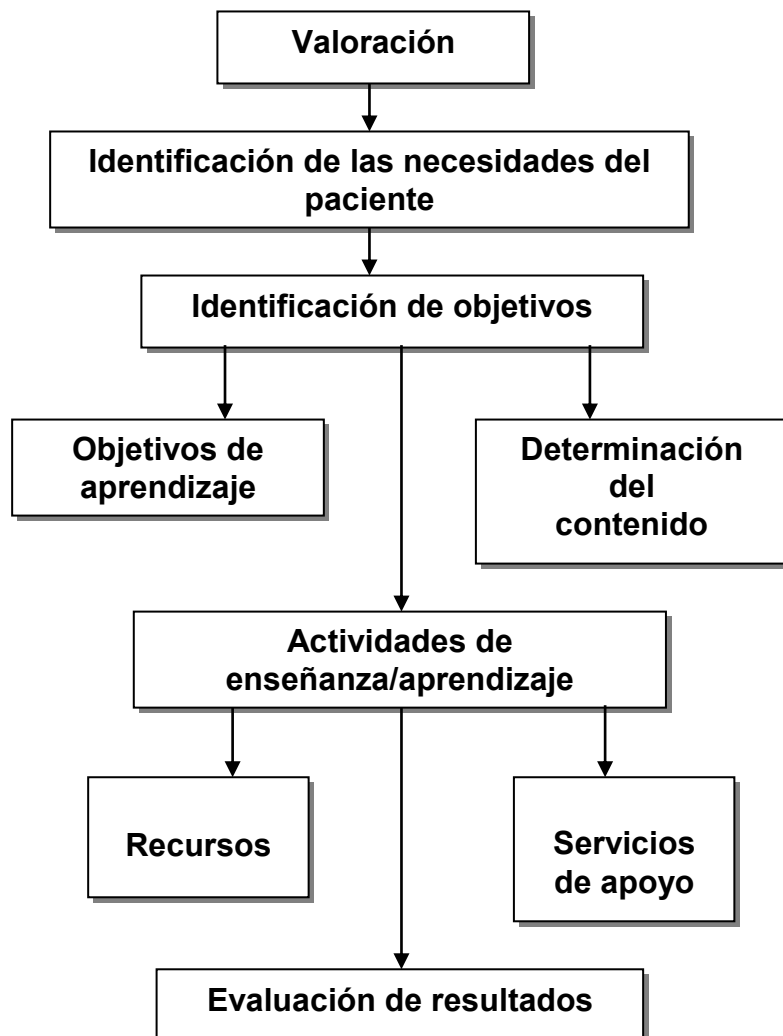
La educación del adulto está cerrada en el aprendiz. Es dinámica, interactiva y cooperativa. Se refuerza mediante el establecimiento de un objetivo mutuo y es satisfactoria tanto para el aprendiz como para el maestro. La responsabilidad del éxito es compartida por todos los que participan en ella. El personal de enfermería establece situaciones que motivarán al paciente a aprender. Los aprendices también actúan con motivadores los unos de los otros y pueden compartir experiencias y conocimientos. La participación activa del paciente, utilizando técnicas de enseñanza individual, de pequeños grupos o de grandes grupos es una parte integrante de este proceso de enseñanza-aprendizaje. A medida que el discípulo progresa hacia sus objetivos y evalúa su aprendizaje, va adquiriendo un sentimiento de recompensa. El personal de enfermería suele proporcionar refuerzos positivos para el aprendizaje y evita colocar al aprendiz en posiciones en las que pueda fracasar. El personal debe mostrar confianza en las capacidades del alumno para lograr las habilidades o el conocimiento necesario.

Los adultos pueden aprender durante toda su vida con el fin de cubrir sus necesidades que van surgiendo. La expectativa del alumno es que el aprendizaje será inmediatamente aplicable a su situación vital. Los adultos también se centran en los problemas específicos que desean solucionar. En otras palabras, los adultos necesitan información para resolver sus problemas

vitales reales y pueden estar menos interesados en contenidos que no sean esenciales. Otras suposiciones de la teoría del aprendizaje son:

- El ambiente físico de la teoría del aprendizaje debe evitar al aprendizaje, no debe fomentar las distracciones y ha de ser confortable.
- Los alumnos deben sentir la necesidad de aprender y compartir la responsabilidad de la planificación y la ejecución del proceso de aprendizaje.

PROCESO DE ENSEÑANZA / APRENDIZAJE



Valoración

Los adultos llegan a las nuevas experiencias educativas con ideas, actitudes y patrones de conducta previamente establecidos y aprendidos a lo largo de sus vidas. También tienen muchas responsabilidades y problemas vitales que pueden tener poco o nada que ver con lo que el personal de enfermería cree que debe conocer. Los adultos tienen opiniones definidas sobre lo que es importante para ellos y lo que necesitan cambiar. El primer paso del proceso de valoración consiste en determinar qué es lo que los pacientes o sus familias deben conocer para mantener o favorecer la salud y evitar la enfermedad. El educador no debe suponer que el paciente comparte sus ideas sobre lo que necesita y ha de valorar qué es lo que los enfermos y sus familias creen necesario aprender. La educación del paciente implica que, como consecuencia del aprendizaje, cambiarán sus acciones o comportamientos sanitarios. Para identificar las verdaderas necesidades educativas de los pacientes, el educador ha de valorar *quién* necesitar cambiar, *qué* cambios de deben llevar a cabo, *por qué* es necesario que se produzcan y *cuándo* han de producirse.

El segundo paso de la valoración consiste en identificar qué es lo que el paciente o su familia ya conocen sobre el tema que el educador desea enseñarles. Si existe un conocimiento básico, se pueden forzar los aprendizajes previos y ampliar lo que el paciente ya conoce.

Las necesidades de aprendizaje del paciente pueden valorarse con una entrevista, un cuestionario, pruebas o registros e informes. La entrevista permite al paciente expresar sus opiniones libremente y es frecuente que el personal de enfermería pueda detectar problemas negativos sobre el aprendizaje. El cuestionario tiene la ventaja de que puede llegar a muchas personas y proporciona datos fáciles de resumir. Por desgracia, muy pocos cuestionarios permiten la libre expresión de los sentimientos. Los test pueden ser útiles herramientas diagnósticas, pero suponen muy a menudo una amenaza

para el paciente. Los test son eficaces para determinar si la persona ha aprendido la materia. Los registros, por ejemplo los gráficos del paciente, proporcionan al educador una prueba objetiva de los problemas o de las necesidades de aprendizaje del enfermo. Como parte de la recogida de datos, el educador valora el estado psicosocial y funcional del paciente. Las pérdidas funcionales, sobre todo en los pacientes geriátricos, pueden impedir el aprendizaje. A este proyecto, son importantes la audición, la visión, el tacto, la destreza manual y la memoria inmediata y a largo plazo. Los factores psicosociales, como los recursos personales, los valores asociados a los papeles sociales, la ansiedad y el apoyo, también son factores importantes a investigar. Hay que tener en cuenta asimismo la forma de vida del paciente, las influencias familiares, los efectos del entorno, los recursos económicos y los factores dependientes del sistema sanitario, como la falta de dinero para comprar medicamentos, la disponibilidad para las citas o la falta de transporte.

Planificación

Es importante recordar que todos los cambios son voluntarios. El personal de enfermería se limita a facilitar el cambio. Los cambios no se producen por decirle a la gente que cambie o porque la persona deba cambiar, sino que ésta debe identificar la necesidad del cambio o saber que va a conseguir un beneficio si lo hace. El personal de enfermería estimula a los pacientes a que aprendan para satisfacer sus propias necesidades sanitarias. Para ello, utiliza las oportunidades de enseñanza con el fin de motivar a los pacientes a que mejoren su salud y su longevidad.

En la fase de planificación, el personal de enfermería identifica los objetivos, las metas y los resultados del aprendizaje, selecciona y ordena las materias, identifica los recursos, elige el método y los materiales educativos y desarrolla un plan de valoración.

Estilos de aprendizaje

Rosenbloom describe cuatro estilos cognoscitivos básicos de aprendizaje: *experimentación concreta*, *observación receptiva*, *conceptualización abstracta* y *experiencia activa*. El **experimentador concreto** es la persona a la que le gusta verse envuelta en actividades que permitan la aplicación inmediata o la comprobación del contenido para comprenderlo. El **observador reflexivo** opera de forma visual y necesita materiales y ayudas visuales o la oportunidad de ver cómo lo hacen los demás. A estas personas le gusta ver cómo actúan otras y recapacitar sobre el contenido de lo que observan. El **conceptualizador abstracto** procesa las palabras de manera eficaz, por lo que las ayudas o las presentaciones le bastan para intervenir en la solución.(9)

CATETERISMO CARDIACO

Forsman (1928) realiza el primer cateterismo en su propio sistema vascular.

Es un procedimiento utilizado para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan directa o indirectamente al corazón, determinando el sitio y el tamaño de la lesión.

Consiste en el sondaje de las cavidades cardíacas (angiografía) y sus arterias (coronariografía) a través de las de abordajes periféricos.

Las técnicas utilizadas con mayor frecuencia son la de Sildinger, que consiste en la inserción percutánea del catéter a través de la punción de una arteria periférica (habitualmente la femoral) y la técnica de disección arterial, que normalmente utiliza las arterias del brazo.(10)

El cateterismo cardiaco se utiliza también para detectar y evaluar condiciones o enfermedades del corazón, entre las que se incluyen las siguientes:

Enfermedad de la arteria coronaria

Enfermedad valvular cardiaca

Insuficiencia cardiaca congestiva

Enfermedad cardiaca congénita

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA FINALIDAD

Cateterismo diagnóstico. Una pantalla fluoroscópica monitorea el progreso del catéter, mientras que otros instrumentos miden y registran las presiones dentro de cada una de las cavidades. Se pueden extraer muestras de sangre de cada cavidad para determinar su saturación de oxígeno (cardiopatías congénitas). También puede calcularse el volumen minuto utilizando una técnica de termo dilución.

Cateterismo terapéutico. La progresiva incorporación de técnicas intervencionistas o de tratamiento de las lesiones ha ido desplazando el papel del laboratorio de hemodinámica de un plano meramente diagnóstico a una postura terapéutica sobre las alteraciones encontradas. Así en:

- Estenosis valvulares se realizan dilataciones o valvuloplastias sobre todo mitrales y aórticas, de causa fundamentalmente reumática, mediante la introducción de un catéter que termina en un balón que al inflarse abre al área de la válvula estrecha.
- Enfermedades de las arterias coronarias; actualmente se realizan tres procedimientos sobre las estenosis de las mismas
 - Angioplastia coronaria (APTC), en la cual se procede a dilatar las estenosis mediante el hinchado de un globo en el interior de la arteria, a nivel de la disminución de su calibre.
 - Stent intracoronario. implantación de un dispositivo intraluminal, expandible y adherible a la arteria coronaria tras su dilatación, asegurando así su flujo.

- Aterotomo o aterectomía coronaria. en este procedimiento se utilizan catéteres que rompen el material que obstruye la arteria coronaria, mediante la rotación de una cuchilla (técnica de Simpson) o punta de diamante (Rotablator), que pulveriza la zona dura de la placa de ateroma.
- Venosas para el cateterismo del corazón derecho.
- Arteriales para el cateterismo del corazón izquierdo y arterias coronarias.

CATETERIZACION DERECHA

Los estudios de cateterización cardiaca derecha incluyen las lecturas de la presión cardiaca derecha, la oximetría , los estudios de corto circuito, el calculo del gasto cardiaco , y la angiografía de la aurícula derecha el ventrículo derecho , las válvulas tricúspide y pulmonar .Esta técnica también se emplea para la monitorización hemodinámica continua . la inserción del catéter tiene lugar a través de la vena basílica o la femoral.

Está indicado en:

- Comunicación intra cardiaca
- Disfunción miocárdica
- Construcción pericárdica
- Enfermedad vascular pulmonar
- Enfermedad cardiaca valvular

CATETERIZACION IZQUIERDA

La cateterización cardiaca izquierda incluye la obtención de presiones de la aorta y de las cavidades izquierdas. Los datos obtenidos proporcionan información referente a la función ventricular izquierda y ala función valvular aórtica y mitral, y a los cortocircuitos. La angiografía de las arterias coriopnaris, de la raíz aórtica y del ventrículo izquierdo se efectúa durante la

cateterización izquierda .Dicha cateterización se lleva a cavo a través de la arteria braquial o la femoral

Esta indicado en:

- Disección aórtica
- Angina atípica
- Cardiomiopatía
- Enfermedad cardiaca congénita
- Enfermedad cardiaca coronaria
- Construcción pericárdica
- Construcción postinfarto de miocardio
- Enfermedad cardiaca valvular

COMPLICACIONES DEL CATETERISMO CARDIACO

Generales.

- Arritmias por irritación del catéter sobre el tejido cardíaco.
- IAM por stress, placa desplazada, disección de la arteria tratada, oclusión de la arteria por el catéter.
- Reacción al medio de contraste iodado.
- Infección sistémica.
- Respuesta vagal con hipotensión arterial, nauseas, bradicardia, cuando se estimula el nodo sinusal por el catéter.
- Taponamiento cardíaco producido al perforarse la pared cardiaca por el catéter.
- Edema pulmonar por administración excesiva de líquidos durante el procedimiento.
- ACVA o Ictus producido por coágulo o placa desalojada que se desplaza al cerebro y manifestado por disminución del nivel de conciencia, hemiplejía, etc,

Locales.

- Hematoma o sangrado por el punto de inserción de la vía de abordaje del cateterismo.
- Embolia o trombosis arterial en la extremidad de abordaje, manifestado por pulsos distales débiles en la extremidad afectada, frialdad y coloración anormal de la misma, así como dolor intenso y agudo del miembro afectado.
- Tromboflebitis de la vena utilizada para la inserción del catéter.(11)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CUIDADOS PRE-CATETERISMO.

- Atención especial a nuestra información sobre el procedimiento que complementa la aportada por el facultativo y el consentimiento del paciente por escrito.
- Identificación de alergias conocidas a contrastes iodados (a veces alergia relacionada con crustáceos).
- Sedación previa al procedimiento: información y Lorazepam (Tranxilium 10).
- Lavado corporal con antiséptico y rasurado de la zona de inserción (ambas ingles y muslos).
- Ayuno desde las 24 horas (0:00) del día precedente.
- Estudio analítico y radiológico habitual. También ECG previo.
- Tratamiento antibiótico en discusión. A veces se utiliza la Ampicilina en dosis única por vía parenteral.

CUIDADOS POST-CATETERISMO.

- Control y vigilancia de constantes vitales: TA, FC.
- Control y vigilancia de pulsos distales en la extremidad de la vía de abordaje: pulso poplíteo, tibial posterior y pedio.

- Vigilar posible sangrado por la vía de abordaje: de especial importancia por la potencial gravedad que conlleva la hemorragia inadvertida de una arteria de alto flujo (con frecuencia la femoral).
- Extremar la inmovilidad y la compresión mediante apósito elástico de la vía de abordaje para evitar la hemorragia. Elevar la cama un máximo de 30°.
- Atención a las complicaciones potenciales de descompensación en pacientes diabéticos.
- Es frecuente la retención urinaria: sondaje vesical.
- Mantener la extremidad inmóvil durante dos a cuatro horas
- Comparar pulso distales, observando su calidad
- Inspeccionar el área de la inserción y las zonas circundante para detectar enrojecimiento, hinchazón calor y dolor.
- Observar dicha zona y determinar la existencia de un hematoma en el punto de inserción, vasos pasmos en la extremidad afectada (insensibilidad, hormigueo, falta de pulso) dolor torácico o dificultad para respirar si se detectaran signos de infección local o sistémica notificar de inmediato al medico.
- Obtener muestras para cultivo de sangre según prescripción
- Después de la punción venosa, asta que el paciente permanezca en reposo en cama durante 12 horas
- Mantener sobre el punto de inserción un apósito compresivo y vigilar este punto y la zona circundante por si hubiera hinchazón o dolor.
- Comprobar calor temperatura y la sensibilidad de las extremidades distales al punto de inserción (12)

G. HIPOTESIS

Hi = El nivel de conocimiento del paciente para el autocuidado en el post cateterismo cardiaco del Servicio de Cardiología – INCOR es de medio a bajo.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

CONOCIMIENTO: El conocimiento es una mezcla de experiencias, valores, información y “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción. Se origina y aplica en la mente de los conocedores.

AUTOCUIDADO DEL PACIENTE: Conducta que dirige al paciente para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento para beneficio de su vida.

CATETERISMO CARDIACO: Es un procedimiento utilizado para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan directa o indirectamente al corazón, determinando el sitio y el tamaño de la lesión. Consiste en el sondaje de las cavidades cardíacas (angiografía) y sus arterias (coronariografía) a través de las de abordajes periféricos.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO NIVEL Y METODO.

El estudio es de tipo cuantitativo de nivel aplicativo, método cuasi experimental de un solo diseño antes y después de la variable independiente en un tiempo y espacio determinado.

B. AREA DE ESTUDIO

El presente estudio se desarrollará en el Servicio de Consulta Externa, Sala de Observación Invasiva del Instituto Nacional del Corazón de EsSalud, ubicado en el Primer Piso, Área Externa del Ala Oeste del Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" EsSalud, ubicado en la Av. Grau N° 800 La Victoria y en el domicilio de los pacientes en estudio ubicado en los diferentes distritos de Lima.

En el área externa se encuentra el consultorio de enfermería donde realizan procedimientos especializados no invasivos donde laboran 3 enfermeras en dos

turnos: mañana y tarde. Y también la Sala de Observación Invasiva donde laboran 2 enfermeras en el turno de mañana y tarde.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se tomará en cuenta como población a 59 pacientes, atendidos en el mes diciembre del 2007, y como muestra se tomara a 30 pacientes de acuerdo a formula estadística para la recolección de datos entre los meses de enero y febrero sometidos a cateterismo cardiaco para diagnostico

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- pacientes sometidos a cateterismo para diagnostico.
- pacientes que acepten voluntariamente la participación en la investigación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- pacientes sometidos a cateterismo cardiaco para tratamiento
- pacientes sometidos a cateterismo cardiaco que se encuentran hospitalizados.
- pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que ingresen por emergencia

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTO (VALIDEZ Y COFIABILIDAD)

Se utilizará como técnica de entrevista encuesta y como instrumento el cuestionario, para la validez del instrumento se tomo en cuenta: juicio de expertos (v. Contenido), marco teórico (v. Constructo), r- de Pirson (v. Interna) ; la confiabilidad se midió con r de Kuder Richarson.

E. PLAN DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizara por grupos durante los meses de enero febrero de lunes a viernes de 8am – 1pm.

Se dará información con relación al propósito del estudio y a la aplicación del cuestionario.

Como primer paso se realizara un cuestionario, un segundo paso se procederá a brindar información de los cuidados post cateterismo con el reforzamiento de una cartilla educativa, tercero se captara al paciente ambulatorio en la primera cita o visita domiciliaria para aplicar la segunda parte del cuestionario.

Después de obtenida la información respectiva, los datos serán procesados en forma manual

F. PLAN Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Una vez obtenida la información, y luego de ejecutar la educación se efectuara un análisis descriptivo, variante para determinación la frecuencia y proporción de las variables categóricas, las medidas de tendencia central media, mediana y error estándar.

G. CONSIDERACIONES ETICAS

En aras de cumplir con el reglamento ético de la institución, se solicitara consentimiento informado del paciente para participar en el estudio de investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de haber procesado los datos obtenidos, los resultados se presentaron en gráficos para su análisis e interpretación así tenemos:

La población de estudio estuvo conformada por 30 (100%) pacientes (usuarios) que asisten al cateterismo cardiaco en el Servicio de Cardiología INCOR, de las cuales 14 (46,7%) tienen edad entre los 61-80 años, 11 (36,7%) están entre los 41 – 60 años, 3 (10%) entre los 20 – 40 años, y 2 (6,6%) están de 81 a más años (Tabla N° 4, Anexo H); en relación al grado de instrucción 10 pacientes (33,3%) culminaron la secundaria, 6 (20%) educación superior, 5 (16,7%) superior incompleta, 4 (13,3%) primaria incompleta, 4 (13,3%) primaria completa, 1 (3,3%) secundaria incompleta (Tabla N° 5, Anexo I).

El aprendizaje de los adultos difiere del de los niños. La memoria a largo plazo parece tener capacidad y duración ilimitadas. Sin embargo, la velocidad con la que se puede aprender nueva información está limitada a un paciente cada 4 ó 5

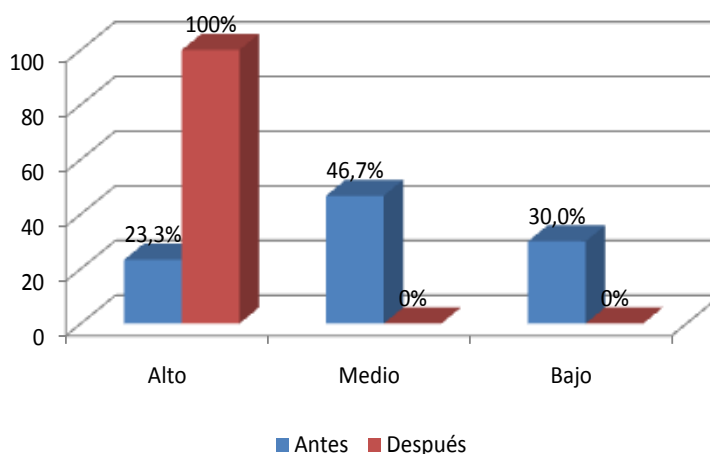
segundo. En caso del discípulo adulto, ello implica que cuanto mayor sea la experiencia más fácil será introducir el material en su memoria.

Por lo que se concluye que la edad que prevalece en estos puntos (61 – 80 años), tendrían dificultad para aprender rápidamente la información brindada; por lo que, la cartilla brindada al paciente sería útil.

En cuanto al grado de instrucción, el que predomina en la población de estudio 10 (33,3%) culminaron la secundaria, 8 (26,7%) entre primaria completa e incompleta, lo que conlleva a que en su mayoría estos pacientes pueden tener conocimiento vulgar, vago, inexacto, ilimitado a la observación.

GRAFICO N° 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL
AUTOCUIDADO EN EL POST CATETERISMO
CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA
– INCOR. ENERO – FEBRERO
LIMA – PERU
2008**



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes del Servicio de Cardiología – INCOR. Lima – 2008

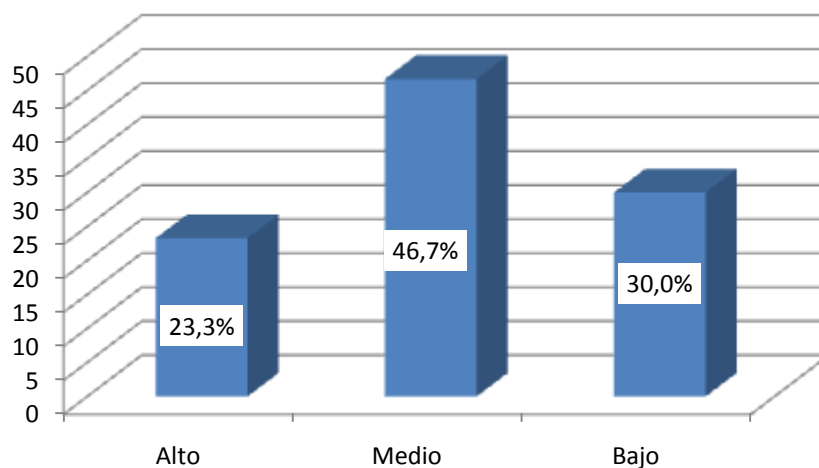
En cuanto al nivel de conocimiento del paciente para el autocuidado en post cateterismo cardiaco (Gráfico N° 1) tenemos que, de 30 pacientes (100%) antes de la intervención educativa, 14 pacientes (46,7%) tuvieron un conocimiento medio, y 9 pacientes (30%) tienen un conocimiento bajo. Después de aplicar la intervención educativa, el porcentaje de pacientes con nivel de conocimiento medio y bajo decrece a un 0%, por lo que 30 pacientes (100%) tienen conocimiento alto.

Una de las complicaciones de post cateterismo son: hematomas o sangrado por el punto de inserción. Muchos pacientes están siendo dados de alta en un

estado de recuperación más precoz que en épocas anteriores; como consecuencia de esta tendencia a reducir las estancias hospitalarias y el personal de enfermería que trabaja en estas condiciones debe tomar la educación como una tarea principal, por lo que es importante instruir al paciente y familia en aspectos de autocuidado.

GRAFICO N° 2

**CONOCIMIENTOS ANTES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA
SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN POST
CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO
DE CARDIOLOGIA – INCOR.
ENERO – FEBRERO
LIMA – PERU
2008**



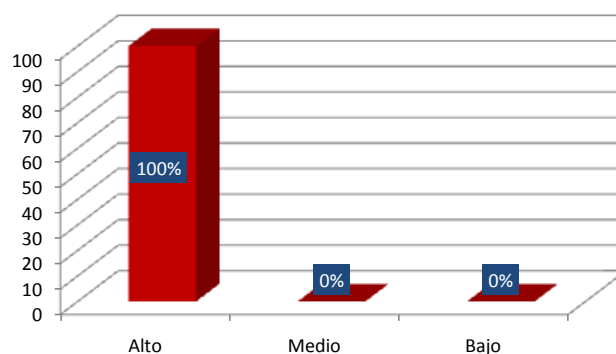
Fuente: Instrumento aplicado a pacientes del Servicio de Cardiología – INCOR. Lima – 2008

En relación al conocimiento antes de la intervención educativa sobre el autocuidado en el post cateterismo cardiaco, 30 (100%) de pacientes, 14 (46,7%) tienen conocimiento medio, mientras que 9 (30%) tienen conocimiento bajo, y 7 (23,3%) con alto conocimiento.

En la población de 30 pacientes en estudio (100%) 8 (26,7%) son de nivel de instrucción bajo (primaria, primaria incompleta) y 10 (33,3%) con secundaria completa, este grupo de riesgo lleva un conocimiento vago e informal, inexacto, limitado a la observación.

GRAFICO N° 3

**CONOCIMIENTO DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA
SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN POST
CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO
DE CARDIOLOGIA – INCOR.
ENERO – FEBRERO
LIMA – PERU
2008**



Fuente: Instrumento aplicado a pacientes del Servicio de Cardiología – INCOR. Lima – 2008

En cuanto a los conocimientos después de la intervención educativa, 30 (100%) tienen un nivel de conocimiento alto; y 0% de nivel conocimiento medio y bajo.

Educación no es informar; ya que cuando informamos, simplemente transmitimos conocimiento; siendo el proceso educativo mucho más complejo; por lo que en el aprender influyen múltiples factores que está dado por el conocimiento, factores personales (edad, nivel de instrucción, creencias, experiencias de enfermedades anteriores, factores psicológicos, etc.); el aprendizaje se realiza a través de niveles que son: el cognitivo, afectivo, psicomotor.

La educación en el adulto debe ser dinámica, interactiva y cooperativa, se refuerza mediante el establecimiento de un objetivo mutuo y es satisfactorio tanto para el aprendizaje como para el maestro.

El personal de enfermería establece situaciones que motivarán al paciente a aprender, por lo que una cartilla educativa es una gran motivación.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A) CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento de los pacientes en el post cateterismo cardiaco demuestra ser alto en la medida que se brinde información oportuna y satisfactoria en cuanto a sus dudas, temores y sobre todo desconocimiento y de esta manera su estancia hospitalaria también será disminuida.
- Los pacientes tienen un nivel de conocimiento medio y bajo para su autocuidado antes del uso de una cartilla educativa y/o intervención educativa.
- La cartilla educativa es útil para el incremento del conocimiento y un material de apoyo para el autocuidado físico y psicológico en el post cateterismo cardiaco y así evitar futuras complicaciones en el paciente.

B) RECOMENDACIONES

- Que se elaboren cartillas educativas sobre el autocuidado en el post cateterismo cardiaco para llegar con más efectividad a la población sobre todo de nivel de conocimiento bajo.

C) LIMITACIONES

- Los hallazgos solo son válidos para la población en estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en los Ancianos. Pág. 12
- (2) TOYOHAMA POCCO GLADIS-2004. “Influencia de un programa educativo de enfermería en el nivel de conocimiento de pacientes con factor de riesgo sobre la prevención del infarto de miocardio”. UNMSM. Pág. 1.
- (3) MINISTERIO DE SALUD. 2003. “Análisis de situación del Perú”. Pág. 37, 47, 49, 56, 89.
- (4) Cuidados de enfermería en el cateterismo cardiaco.
www.encolombia.com/medicina/enfermeria
- (5) PATRICIA GAUNTLETT. 1995. Tratado de enfermería Mosby. Vol. I. Pág. 68.
- (6) DOROTEA OREM. “Modelos conceptuales, grandes teorías”. Pág. 177, 178.
- (7) ATENCIÓN AL ANCIANO. Pág. 25 al 28.
- (8) TOYOHAMA POCCO GLADIS-2004. “Influencia de un programa educativo de enfermería en el nivel de conocimiento de pacientes con factor de riesgo sobre la prevención del infarto de miocardio”. UNMSM.

- (9) PATRICIA GAUNTLETT. 1995. Tratado de enfermería Mosby. Vol. I.
- (10) Cateterismo cardíaco – hemodinamia y cateterismo cardiovascular.
www.hbritanico.com.a
- (11) CARLOS A. BERTOLASI. “Cardiología”. 2000. Pág. 1218, 1220, 1231.
- (12) CANOBBIO MAR. “Tratado cardiovascular”. Mosby Madrid. Pág. 50, 51, 52, 53.

BIBLIOGRAFÍA

CARLOS A. BERTOLASI. “Cardiología”. 2000.

CANOBBIO MAR. “Tratado cardiovascular”. Mosby Madrid.

DOROTEA OREM. Modelos conceptuales, grandes teorías.

MINISTERIO DE SALUD. 2003. “Análisis de situación del Perú”.

PATRICIA GAUNTLETT. 1995. “Tratado de enfermería”. Mosby Vol. I.

POLIT, DENSE. “Investigación científica en ciencia de salud”. 6ª ed Ed. Mc. Graw Hill. 2000.

SHOLTRI BRUNER, LILIAN. “Manual de Bruner”. Interamericana Mc Graw-Hill. Tomo II.

TAMAYO CALDERON. “Estrategias para diseñar y desarrollar proyectos de investigación en ciencias de la salud”. Lima – Perú 2002.

TOYOHAMA POCCO GLADIS – 2004. “Influencia de un programa educativo de enfermería en el nivel de conocimiento de pacientes con factor de riesgo sobre la prevención del infarto de miocardio” UNMSM.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

| ANEXO | Pág. |
|--|-------------|
| A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE | I |
| B. INSTRUMENTO | III |
| C. CONSENTIMIENTO INFORMADO | IX |
| D. PRUEBA DE CONFIABILIDAD | X |
| E. CALCULO PARA LA CATEGORIZACION DE LA VARIABLE | XI |
| F. PRUEBA T-STUDENT | XV |
| G. TABLA N° 1 | XVIII |
| H. TABLA N° 2 | XIX |
| I. TABLA N° 3 | XX |
| J. TABLA N° 4 | XXI |
| K. TABLA N° 5 | XXII |
| L. CARTILLA EDUCATIVA | XXIII |

ANEXO A
OPERRACIONALIZACION DE LA VARIABLE

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSION | INDICADORES | VALOR FINAL |
|--|--|---|---|---|---|
| Conocimientos sobre el autocuidado que tienen los pacientes en el port cateterismo cardíaco. | Son las informaciones básicas adquiridas mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje en la consulta de enfermería mediante el ejercicio de las facultades intelectuales del paciente. | Conocimiento es el conjunto de informaciones que refieren tener los pacientes como resultados de su aprendizaje en la consulta de enfermería respecto a la preparación física y psicológica después del procedimiento para llegar a una pronta recuperación y en óptimas condiciones. | Conocimiento de cuidados físicos en el post cateterismo cardiaco. | * Definición de cateterismo * Apósitos y vendajes limpios y secos. * Cambios de coloración y temperatura de la piel. * Ingesta de líquidos. * Ingesta de alimentos. * Acceso femoral. * Reposo en cama. * No levantar la cabeza ni flexionar el pecho. * No flexionar la pierna de la zona de punción. * Retiro de vendaje compresivo. | Alto 9 - 19 medio 7 - 8 Bajo 0 - 5 |

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSION | INDICADORES | VALOR FINAL |
|----------|--------------------------|---|--------------|---|-------------|
| | | <p>Se utilizará como instrumento la encuesta cuyo valor final de la variable será:</p> <p>Alto 9 - 19</p> <p>medio 7 - 8</p> <p>Bajo 0 - 5</p> | Psicológicas | <p>Acceso braquial</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sutura a nivel de la herida. * No flexionar el brazo. * Retiro de puntos <p>Cuidados en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> * Compañía familiar tras el alta. * Permanecer en casa. * Camine solo para su higiene personal. * No levante objetos pesados ni suba ni baje escaleras. * En caso de dolor en el pecho y/o sangrado notifique. * Recibirá información y apoyo para su tranquilidad paciente – familia * El enfermo podrá ver a su familia | |

ANEXO B

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL AUTOCUIDADO EN EL POST CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA INCOR - 2008

Buenos días Sr.(a):

Estimado Sr(a), soy Licenciada en Enfermería, estudiante de la Especialidad en Enfermería Cardiológico, de la UNMSM.

Acudo a Ud., para aplicar este cuestionario que es de carácter anónimo y reservado, que nos ayudará a conocer cuánto sabe acerca de prevenciones en el post cateterismo cardiaco, de tal forma que con los resultados que se obtenga nos permita la implementación de una cartilla educativa que ayude a prevenir la aparición de complicaciones de los pacientes de este servicio.

DATOS GENERALES

Edad:

Estado civil:

| | | |
|---------------|----------|--------|
| Soltera() | Viuda | () |
| Casada() | Separada | () |
| Conviviente | () | |

Grado de instrucción:

| | |
|-----------------------|--------|
| Primaria completa | () |
| Primaria incompleta | () |
| Secundaria completa | () |
| Secundaria incompleta | () |
| Superior | () |
| Superior incompleto | () |

Ocupación:

A continuación marque con un aspa (x) la respuesta correcta

CUIDADOS GENERALES

1. El cateterismo cardiaco es:

- a) Un procedimiento que sirve para extraer un tumor
- b) Es un examen diagnostico por el cual van a estudiar la permeabilidad de la arterias, y el estado de las válvulas de su corazón
- c) Es administrar un medicamento por vía oral
- d) Es la administración de un medicamento por la vena

2. Después del cateterismo cardiaco: La zona de la herida debe estar: (marque lo verdadero).

- a) Cubierta y limpia.
- b) Descubierta
- c) Más protegida con otras gasas, algodón etc.
- d) Como cualquier otra herida

3. ¿Qué cambios podrían verse en el brazo o pierna en que se hizo la punción

- a) tamaño del brazo o pierna
- b) hinchazón del brazo o pierna
- c) Los cambios de coloración y de temperatura del brazo o pierna
- d) Cambio de textura o aspereza

4. ¿Cuál es la importancia de tomar abundante líquido después del cateterismo cardiaco?

- a) Por que tiene sed
- b) Por que le gusta
- c) Por que ayuda a eliminar la sustancia de contraste administrada
- c) Por que le dijo la enfermera.

5. ¿En qué momento debo empezar a tomar líquidos?

- a) Al día siguiente del procedimiento
- b) Después de 8 horas del procedimiento
- c) Después del procedimiento; al llegar a la sala de observación.
- d) No es necesario tomar líquidos.

6. ¿En qué momento podrá comer sus alimentos?

- a) Después de una hora de haber llegado a la sala de observación
- b) Al día siguiente del procedimiento
- c) Después de 8 horas
- d) Después de 5 horas

CATETERISMO EN LA INGLE

7. Si el cateterismo fue realizado en la ingle debe:

- a. Guardar reposo en cama durante 24hrs
- b. Debe caminar constantemente
- c. Debe realizar ejercicios de miembros inferiores
- d. Guardar reposo solo 2 horas

8. Después del cateterismo por Ingle los cuidados de la cabeza y el pecho son:

- a. Debe levantar un poco
- b. No debe levantar la cabeza y flexionar el pecho
- c. Debe caminar
- d. Debe estar bien levantada la cabeza y el pecho

9. Después del cateterismo por la Ingle:

- a. No debe flexionarse la pierna en que se hizo el cateterismo.
- b. Si puede flexionarse la pierna
- c. La pierna puede levantarse de arriba hacia abajo
- d. No levantar brazos y piernas

10. El retiro del vendaje compresivo de la Ingle será:

- a) Al día siguiente del cateterismo
- b) Una hora después del cateterismo
- c) Al momento del cateterismo
- d) A la semana

CATETERISMO POR EL BRAZO

11. El cateterismo por el brazo es un procedimiento que:

- a) Se hace una punción en la muñeca
- b) Se hace un corte en la flexura del codo de aproximadamente 2cm
- c) Se hace un corte en la muñeca
- d) Es una cirugía grande.

12. Si el cateterismo fue en el brazo Ud. deberá:

- a. Flexionar el brazo
- b. No flexionar el brazo
- c. Levantar pesas con el brazo
- d. Ejercitar el brazo.

13. ¿En cuánto tiempo regresara Ud. al hospital para quitar los puntos de su herida?

- a. En un mes
- b. En 08 días
- c. En 20 días
- d. No 18 días

CUIDADOS EN EL HOGAR

14. Para el alta Ud. Deberá estar:

- a. Solo
- b. Acompañado de un familiar
- c. Acompañado de la técnica de enfermería
- d. Con el taxista que lo llevará a casa.

15. Los cuidados que debe tener en casa son:

- a. Realizar su higiene personal y satisfacer sus necesidades de eliminación, descanso, sueño
- b. Trabajar
- c. Sus actividades cotidianas(cocinar, lavar, manejar el carro)
- d. Realizar ejercicio todos los días

16. Ud. en casa deberá:

- a. No levantar objetos pesados
- b. Puede realizar actividades como barrer planchar
- c. Puede cuidar de los niños
- d. realizar ejercicio todos los días

17. Los signos de alarma en la que deberá ir a emergencias son:

- a. Sueño, cansancio
- b. Sangrado en la herida y/o dolor en el pecho
- c. Si le da resfrió, picazón en la herida
- c. Poco dolor en la herida

18. Cuando Ud. este en sala de observación luego del examen recibirá:

- a. Apoyo e información para su tranquilidad
- b. Cuidado al correr por la sala de observación
- c. Poca comunicación con el personal y familia
- d. Cariño y maltrato

19. Cuando Ud. llegue a sala de observación luego del examen recibirá.

- a. Visita de su familiar.
- b. Inmediatamente su alta.
- c. Poca comunicación de parte del personal.
- d. Visita de los amigos, compadres, etc.

GRACIAS POR SU COLABORACION.

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____ DNI N° _____ A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL AUTOCUIDADO EN EL POST CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA – INCOR. ENERO – FEBRERO LIMA – PERU. 2008”**. Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además confío en que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma:

DNI:

ANEXO D

PRUEBA DE CONFIABILIDAD (Coeficiente de Kuder – Richarson)

$$K - R = \frac{19}{8} \left\{ 1 - \frac{3.48}{8.12} \right\}$$
$$1 - 0.43$$

$$\frac{19(0.57)}{18} = 0.601$$

ANEXO E

CALCULO PARA LA CATEGORIZACION DE LA VARIABLE

DESVIACIÓN ESTÁNDAR

Media aritmética

$$\overline{X} = \frac{217}{30} = 7.2$$

Variancia de la prueba.

$$s_X^2 = \frac{\sum_{j=i}^N X_i^2}{N} - X^{-2}$$

$$s_X^2 = \frac{1799}{30} - (7.2)^2 = 59.96 - 51.84$$

$$s^2 = 8.12$$

Desviación estándar:

$$S = \sqrt{8.12} = 2.8$$

APLICACIÓN DE LA FÓRMULA STANONES

Para realizar la medición de la variable se produce la siguiente forma.

Promedio (\bar{X}): 7.2

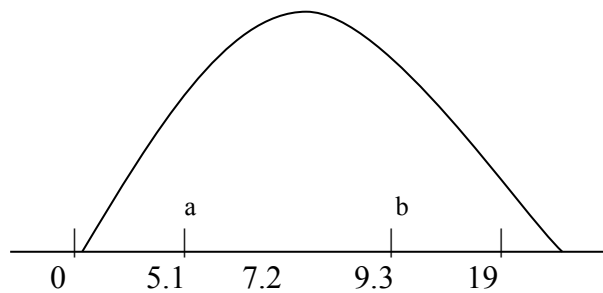
Desviación estándar (S): 2.8

de preguntas: 19

Muestra (n) = 30

$$a = \bar{X} - 0.75(S) = 5.1$$

$$b = \bar{X} + 0.75(S) = 9.3$$



Conocimiento alto 10 – 19

Conocimiento medio 6 – 9

Conocimiento bajo 0 – 5

APLICACIÓN DE LA FÓRMULA STANONES

Para realizar la medición de la variable se procedió a la siguiente forma.

Promedio (\bar{X}): 7.2

Desviación estándar (S): 1.58

de preguntas: 19

Muestra (n) = 30

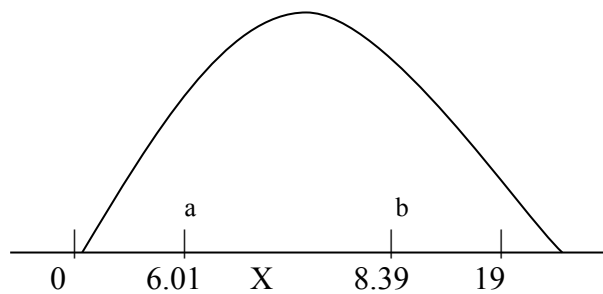
Luego se aplicó la escala de Estanones, donde:

$$a = \bar{X} - 0.75(S) =$$

$$b = \bar{X} + 0.75(S) =$$

$$a = 7.2 - 1.19 = 6.01$$

$$b = 7.2 + 1.19 = 8.39$$



Conocimiento bajo 0 – 6

Conocimiento medio 7 – 8

Conocimiento alto 9 – 19

CALCULO PARA LA CATEGORIZACION DE LA VARIABLE

DESVIACIÓN ESTÁNDAR

Media aritmética

$$\overline{X} = \frac{517}{30} = 17$$

Varianza de la prueba.

$$s_X^2 = \frac{\sum_{j=i}^N X_i^2}{N} - \overline{X}^2$$

$$s_X^2 = \frac{8746}{30} - (17)^2$$

$$s_x^2 = 291.5 - 289$$

Desviación estándar

$$Sx = \sqrt{2.5}$$

$$S = 1.58$$

ANEXO F
PRUEBA T-STUDENT

| | Conoc. Antes | Conoc. Después |
|-----------|-------------------------|---------------------------|
| 1 | 6 | 18 |
| 2 | 9 | 18 |
| 3 | 5 | 19 |
| 4 | 8 | 18 |
| 5 | 6 | 18 |
| 6 | 10 | 16 |
| 7 | 6 | 18 |
| 8 | 12 | 18 |
| 9 | 9 | 16 |
| 10 | 9 | 16 |
| 11 | 10 | 17 |
| 12 | 12 | 17 |
| 13 | 6 | 18 |
| 14 | 12 | 17 |
| 15 | 12 | 17 |
| 16 | 10 | 19 |
| 17 | 9 | 18 |
| 18 | 7 | 18 |
| 19 | 4 | 17 |
| 20 | 6 | 17 |
| 21 | 8 | 15 |
| 22 | 5 | 19 |
| 23 | 5 | 16 |
| 24 | 4 | 13 |
| 25 | 6 | 19 |
| 26 | 5 | 17 |
| 27 | 5 | 17 |
| 28 | 6 | 17 |
| 29 | 3 | 12 |
| 30 | 2 | 15 |

PRUEBA SIMPLE ESTADISTICA

| | X | M | Desviación standar | Significado de standar de error |
|----------------------|----------|----------|-------------------------------|--|
| Conocimiento antes | 7.23 | 30 | 2.812 | .513 |
| Conocimiento después | 17.00 | 30 | 1.640 | .299 |

PRUEBA SIMPLE DE CORRELACION

| | M | Correlación | Significado de standar de error |
|----------------------|----------|--------------------|--|
| Conocimiento antes | 30 | .277 | .139 |
| Conocimiento después | | | |

TEST DE PRUEBA SIMPLE

| | | | | | | W |
|----------------------|---------|-------|-----------------------------------|--|--------|---------|
| | XA – XD | Sd | Signif. de standar de error | Diferencia de Intervalo de Confidencia | | |
| | | | | Alto | Bajo | |
| Conocimiento antes | -9.767 | 2.837 | .518 | -10.826 | -8.707 | -18.858 |
| Conocimiento después | | | | | | |

TEST DE PRUEBA SIMPLE

| | Grados de libertad | Significado (2-tailed) |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Conocimiento antes | 29 | .000 |
| Conocimiento después | | |

PRUEBA T-STUDENT

Nivel de conocimiento

Antes - Después

PRUEBA DE HIPOTESIS PARA VER DIFERENCIA ENTRE MEDIAS ANTES Y DESPUÉS

$H_0 : \mu_{\text{antes}} - \mu_{\text{después}} = 0$; donde μ = media

$H_1 : \mu_{\text{antes}} - \mu_{\text{después}} \neq 0$

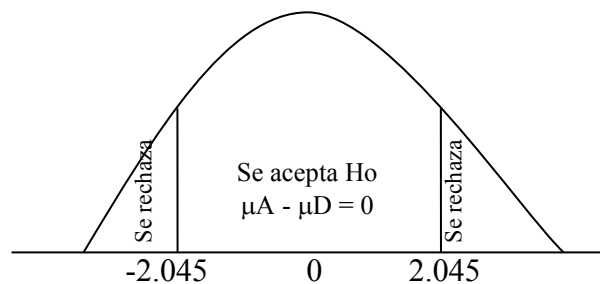
$\alpha = 0.05$ (nivel de error)

ESTADÍSTICA

$d = X_{\text{antes}} - X_{\text{después}}$

$$W = \frac{\bar{d} - 0}{\frac{Sd}{\sqrt{N}}} = \frac{-9.767 - 0}{\frac{2.837}{\sqrt{30}}} = W = -18.858$$

REGIÓN CRÍTICA



CONCLUSIÓN: Como $-18.858 < -2.045$ entonces se rechaza H_0 . O sea existe diferencia estadística significativa para $\alpha = 0.05$.

También por caer la estadística W en el lado negativo se tiene $\mu_A - \mu_D < 0$ ($\mu_A < \mu_D$) o sea μ_D = media después es mayor a μ_A = media antes.

ANEXO G

TABLA N° 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL
AUTOCUIDADO EN EL POST CATETERISMO
CARDIACO EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA
– INCOR. ENERO – FEBRERO
LIMA – PERU
2008**

| CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTOCUIDADO | USUARIO | | | |
|--|----------------|------------|----------------|------------|
| | ANTES | | DESPUÉS | |
| | N° | % | N° | % |
| Alto | 7 | 23,3 | 30 | 100 |
| Medio | 14 | 46,7 | 0 | 0 |
| Bajo | 9 | 30,0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 30 | 100 | 30 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes del Servicio de Cardiología – INCOR. Lima – 2008.

En cuanto al nivel de conocimiento del paciente para el autocuidado en post cateterismo cardiaco (Gráfico N° 1) tenemos que, de 30 pacientes (100%) antes de la intervención educativa, 14 pacientes (46,7%) tuvieron un conocimiento medio, y 9 pacientes (30%) tienen un conocimiento bajo. Después de aplicar la intervención educativa, el porcentaje de pacientes con nivel de conocimiento medio y bajo decrece a un 0%, por lo que 30 pacientes (100%) tienen conocimiento alto.

Una de las complicaciones de post cateterismo son: hematomas o sangrado por el punto de inserción. Muchos pacientes están siendo dados de alta en un estado de recuperación más precoz que en épocas anteriores; como consecuencia de esta tendencia a reducir las estancias hospitalarias y el personal de enfermería que trabaja en estas condiciones debe tomar la educación como una tarea principal, por lo que es importante instruir al paciente y familia en aspectos de autocuidado.

ANEXO H

TABLA N° 2

**CONOCIMIENTOS ANTES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA
SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN POST
CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO
DE CARDIOLOGIA – INCOR.
ENERO – FEBRERO
LIMA – PERU
2008**

| CONOCIMIENTO | N° | % |
|---------------------|-----------|-------------|
| Alto | 7 | 23.3 |
| Medio | 14 | 46.7 |
| Bajo | 9 | 30.0 |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes del Servicio de Cardiología – INCOR. Lima – 2008.

En relación al conocimiento antes de la intervención educativa sobre el autocuidado en el post cateterismo cardiaco, 30 (100%) de pacientes, 14 (46,7%) tienen conocimiento medio, mientras que 9 (30%) tienen conocimiento bajo, y 7 (23,3%) con alto conocimiento.

En la población de 30 pacientes en estudio (100%) 8 (26,7%) son de nivel de instrucción bajo (primaria, primaria incompleta) y 10 (33,3%) con secundaria completa, este grupo de riesgo lleva un conocimiento vago e informal, inexacto, limitado a la observación.

ANEXO I

TABLA N° 3

**CONOCIMIENTO DESPUES DE LA INTERVENCION EDUCATIVA
SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN POST
CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO
DE CARDIOLOGIA – INCOR.
ENERO – FEBRERO
LIMA – PERU
2008**

| CONOCIMIENTO | Nº | % |
|---------------------|-----------|-------------|
| Alto | 30 | 100 |
| Medio | 0 | 0 |
| Bajo | 0 | 0 |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes del Servicio de Cardiología – INCOR. Lima – 2008.

En cuanto a los conocimientos después de la intervención educativa, 30 (100%) tienen un nivel de conocimiento alto; y 0% de nivel conocimiento medio y bajo.

La educación en el adulto debe ser dinámica, interactiva y cooperativa, se refuerza mediante el establecimiento de un objetivo mutuo y es satisfactorio tanto para el aprendizaje como para el maestro.

El personal de enfermería establece situaciones que motivarán al paciente a aprender, por lo que una cartilla educativa es una gran motivación.

ANEXO J

TABLA N° 4

**GRUPO ETAREO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS
A CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO
DE CARDIOLOGIA – INCOR.
ENERO – FEBRERO
LIMA – PERU
2008**

| USUARIO | | |
|--------------|-----------|--------------|
| EDAD | N° | % |
| 20 – 40 | 3 | 10 |
| 41 – 60 | 11 | 36,7 |
| 61 – 80 | 14 | 46,7 |
| 81 – más | 2 | 6,6 |
| TOTAL | 30 | 100 % |

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes del Servicio de Cardiología – INCOR. Lima – 2008.

La población de estudio estuvo conformada por 30 (100%) pacientes (usuarios) que asisten al cateterismo cardiaco en el Servicio de Cardiología INCOR, de las cuales 14 (46,7%) tienen edad entre los 61-80 años, 11 (36,7%) están entre los 41 – 60 años, 3 (10%) entre los 20 – 40 años, y 2 (6,6%) están de 81 a más años.

El aprendizaje de los adultos difiere del de los niños. La memoria a largo plazo parece tener capacidad y duración ilimitadas. Sin embargo, la velocidad con la que se puede aprender nueva información está limitada a un paciente cada 4 ó 5 segundo. En caso del discípulo adulto, ello implica que cuanto mayor sea la experiencia más fácil será introducir el material en su memoria.

Por lo que se concluye que la edad que prevalece en estos puntos (61 – 80 años), tendrían dificultad para aprender rápidamente la información brindada; por lo que, la cartilla brindada al paciente sería útil.

ANEXO K

TABLA N° 5

**DISTRIBUCION SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE
LOS PACIENTES SOMETIDOS A CATETERISMO
CATETERISMO CARDIACO EN EL SERVICIO
DE CARDIOLOGIA – INCOR.
ENERO – FEBRERO
LIMA – PERU
2008**

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | N° | % |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| Primaria incompleta | 4 | 13,3 |
| Primaria completa | 4 | 13,3 |
| Secundaria incompleta | 1 | 3,3 |
| Secundaria completa | 10 | 33,3 |
| Superior incompleta | 5 | 16,7 |
| Superior | 6 | 20,0 |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: Instrumento aplicado a pacientes del Servicio de Cardiología – INCOR. Lima – 2008.

En relación al grado de instrucción 10 pacientes (33,3%) culminaron la secundaria, 6 (20%) educación superior, 5 (16,7%) superior incompleta, 4 (13,3%) primaria incompleta, 4 (13,3%) primaria completa, 1 (3,3%) secundaria incompleta.

En cuanto al grado de instrucción, el que predomina en la población de estudio 10 (33,3%) culminaron la secundaria, 8 (26,7%) entre primaria completa e incompleta, lo que conlleva a que en su mayoría estos pacientes pueden tener conocimiento vulgar, vago, inexacto, ilimitado a la observación.

ANEXO L

AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN EL POST

CUIDADOS EN EL HOGAR

- Ud. deberá ser recogido por un familiar, tras el alta.



- Durante la primera semana deberá estar en casa y en reposo.
- Camine solo para realizar su higiene personal y necesidades de eliminación.
- No levante objetos pesados, ni suba y baje escaleras si la punción fue en Ingle.
- Si empieza a experimentar dolor en el pecho, o sangrado a nivel de la herida notifique a su cardiólogo o diríjase a emergencia.

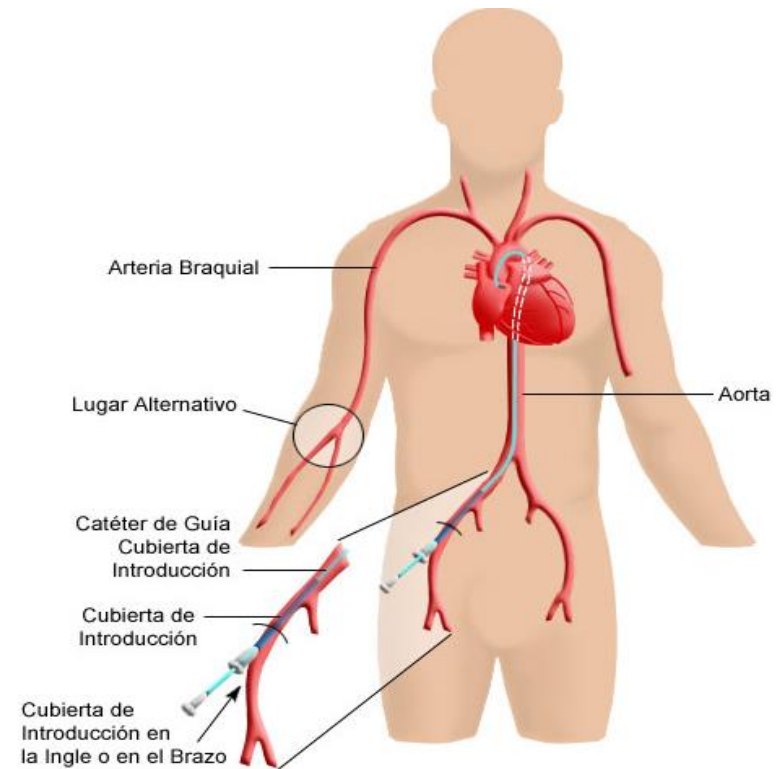
CUIDADOS PSICOLOGICOS

- Ud. Recibirá información y apoyo del personal de enfermería luego del cateterismo.
- Ud podrá ver a su familia luego del cateterismo.

CATETERISMO CARDIACO

El cateterismo cardiaco es un examen diagnóstico donde estudian la permeabilidad de las arterias de su corazón y poder saber si el tratamiento será medico o quirúrgico según el grado de obstrucción que se encuentren.

Ud. Necesitara cuidados especiales después del procedimiento para lo cual se le sugiere leerlo en familia.



CUIDADOS GENERALES

- Observar apósitos limpios y secos.
- Observar cambios de coloración o de temperatura de la extremidad que se hizo el cateterismo.
- Ud. deberá tomar bastante líquido para ayudar a eliminar la sustancia de contraste administrada.
- Podrá tomar alimentos sólidos después de una hora de su llegada a la sala de observación



EN ACCESO FEMORAL

- Ud. descansara en cama alrededor de 24hrs.
- No flexionar la pierna donde se a hecho la punción para el cateterismo.



- El reposo es especialmente importante las primeras 6 horas, sin levantar la cabeza ni flexionar el pecho.
- El vendaje compresivo se retirará al día siguiente del cateterismo.

EN ACCESO BRAQUIAL:

- Es un procedimiento que se hace a nivel de la flexura del codo con un corte de aproximadamente 2cm y al final la herida presentará algunos puntos.



- No debe flexionar el brazo en que se hizo el cateterismo por 48, y retiro de puntos a los 8 días del procedimiento.